# "TENTAR ESTABILIZAR": ETNOGRAFIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA MASCULINA

## *"Trying to Stabilize": Ethnography of Substance Use in a Male Psychiatric Ward*

## *"Intentar estabilizar": Etnografía del uso de sustancias en una enfermería psiquiátrica masculina*

**Túlio Maia Franco**
Doutor em Antropologia Cultural pelo PPGSA/UFRJ e Professor Substituto na UFSJ
E-mail: tuliofranco90@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8405-8522

Áltera, João Pessoa, Número 21, 2026, e02104, p. 1-25

ISSN 2447-9837

**Resumo:**
Neste artigo, pretendo analisar etnograficamente os diversos usos (consumo e troca) de substâncias psicoativas por pessoas internadas em uma enfermaria psiquiátrica masculina. Na experiência de consumo narrada, especialmente de medicamentos psiquiátricos, café e cigarros, a fronteira entre o uso medicamentoso (extensivo) e o não medicamentoso (intensivo) dessas substâncias é constantemente vazada (Vargas, 2008). Café e cigarros são utilizados pelos pacientes para conter os "efeitos colaterais" dos psicofármacos, numa espécie de uso terapêutico extraoficial dessas substâncias. Por vezes, os próprios medicamentos prescritos são comparados pelos pacientes a drogas ilegais ou a seus efeitos alucinógenos, explorando-se os limites entre uso recreativo e medicinal. Além dos efeitos obtidos por seu consumo, café e cigarros alimentam um sistema de trocas no cotidiano hospitalar, constituindo uma verdadeira economia entre os pacientes. Enquanto os psiquiatras mobilizam o consumo de psicotrópicos como uma forma positiva de transformação dos pacientes em "outras pessoas", para muitos deles, os psicofármacos os transformam em "robôs" ou "zumbis". Explorar as diferentes tensões envolvidas no uso de substâncias por pacientes de uma enfermaria masculina pode revelar os agenciamentos socioquímicos que as pessoas em situação de internação psiquiátrica encontram para modular seu próprio tratamento.

**Palavras-chave:**
Psicofármacos. Hospital Psiquiátrico. Intensidade. Agenciamento.

**Abstract:**
In this article, I intend to conduct an ethnographic analysis of the various uses (consumption and exchange) of psychoactive substances by individuals admitted to a male psychiatric ward. In the reported experiences of consumption, particularly of psychiatric medications, coffee, and cigarettes, the boundary between the (extensive) medicinal use and the (intensive) non-medicinal use of these substances is constantly blurred (Vargas, 2008). Coffee and cigarettes are used by patients to counteract the "side effects" of psychotropic drugs, constituting a kind of unofficial therapeutic use of these substances. At times, the prescribed medications themselves are compared by patients to illegal drugs or their hallucinogenic effects, exploring the limits between recreational and medicinal use. Beyond the effects achieved through their consumption, coffee and cigarettes fuel a system of exchanges in the daily hospital life, forming a veritable economy among the patients. While psychiatrists

promote the use of psychotropics as a positive way to transform patients into "different people", for many of them, psychotropic drugs turn them into "robots" or "zombies". Exploring the different tensions involved in the use of substances by patients in a male ward can reveal the socio-chemical arrangements that individuals in psychiatric hospitalization find to modulate their own treatment.

**Keywords:**
Psychotropic Drugs. Psychiatric Hospital. Intensity. Assemblage.

**Resumen:**
En este artículo, pretendo analizar etnográficamente los diversos usos (consumo e intercambio) de sustancias psicoactivas por parte de personas internadas en una enfermería psiquiátrica masculina. En la experiencia de consumo relatada, especialmente de medicamentos psiquiátricos, café y cigarrillos, el límite entre el uso medicinal (extensivo) y el no medicinal (intensivo) de estas sustancias se ve constantemente desbordado (Vargas, 2008). Los pacientes utilizan el café y los cigarrillos para contrarrestar los "efectos secundarios" de los psicofármacos, en una especie de uso terapéutico extraoficial de estas sustancias. En ocasiones, los propios medicamentos prescritos son comparados por los pacientes con drogas ilegales o con sus efectos alucinógenos, explorándose los límites entre el uso recreativo y el medicinal. Más allá de los efectos obtenidos mediante su consumo, el café y los cigarrillos alimentan un sistema de intercambios en la cotidianidad hospitalaria, constituyendo una verdadera economía entre los pacientes. Mientras que los psiquiatras movilizan el consumo de psicotrópicos como una forma positiva de transformar a los pacientes en "otras personas", para muchos de ellos, los psicofármacos los transforman en "robots" o "zombis". Explorar las diferentes tensiones implicadas en el uso de sustancias por parte de pacientes de una enfermería masculina puede revelar los agenciamientos socioquímicos que las personas en situación de internación psiquiátrica encuentran para modular su propio tratamiento.

**Palabras clave:**
Psicofármacos. Hospital Psiquiátrico. Intensidad. Agenciamiento.

## Introdução

Todos aqueles e aquelas recebidos pela emergência de um hospital psiquiátrico público, considerados em um quadro clínico intenso demais para serem liberados para casa, são encaminhados para enfermaria: masculina ou feminina[1]. Este texto deriva da minha pesquisa de doutorado (Franco, 2025) sobre a experiência de pacientes psiquiátricos em situação de internação numa enfermaria masculina. Um dos aspectos centrais da experiência de internação dessas pessoas é a intensa medicalização e medicamentalização de seus corpos e subjetividades. Nas páginas a seguir, pretendo refletir sobre esse fenômeno. Para este objetivo, a maioria das cenas etnográficas descritas se desenrolam no interior dessa enfermaria, especialmente entre o espaço da consulta e a sala da equipe. Embora, ao longo do trabalho de campo, a enfermaria tenha se deslocado de espaço físico, sua estrutura de funcionamento é similar: há uma equipe dirigente e um corpo de pacientes. A equipe dirigente se divide entre a equipe técnica (técnicos de enfermagem) e a equipe assistente (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos etc.). Os coordenadores da enfermaria são responsáveis pela gestão dessas duas equipes. Todos os membros da equipe dirigente têm acesso à sala de equipe, cuja entrada é proibida para pacientes, embora esses últimos sempre tentassem adentrar a sala para contactar o psicólogo ou psiquiatra responsável por eles. Havia também a sala de atendimentos, onde ocorriam as consultas. Os técnicos de enfermagem se espalhavam entre o pátio, sua sala exclusiva e o posto de enfermagem. Já os pacientes se limitavam aos leitos, corredores, saletas e, a depender de autorização, ao pátio e, mais raramente, a outros lugares fora da enfermaria.

Minhas atividades de trabalho de campo ocorreram entre o final de outubro de 2020 e setembro de 2021. Realizei entrevistas com parte dos membros da equipe assistente e residentes em psiquiatria. Participei das reuniões do setor. Frequentei o espaço da enfermaria, convivi com as pessoas internadas, acompanhei consultas e a supervisão dos residentes. A pesquisa obteve autorização tanto do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CEP-CFCH) da universidade a qual estava vinculado, quanto da Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital psiquiátrico.

Numa entrevista com Rodrigo[2], um dos médicos responsáveis pelo cuidado com os internos, ele resumiu a atividade do psiquiatra e psicólogo no contexto etno-

1 Dadas as limitações formais deste texto, não tratarei das diferenças e impactos da divisão entre as enfermarias por gênero, nem tampouco sobre o seu efeito diferencial no corpo e subjetividade de internos; para mais, conferir Franco (2025).

2 Os nomes de personagens etnográficos são fictícios.

grafado da seguinte maneira: "Ali é uma enfermaria de agudos. Nosso objetivo qual é? Tentar estabilizar e pensar num projeto terapêutico pra que evite uma próxima internação". Especificamente na psiquiatria, os médicos se valem dos psicotrópicos, além das palavras, para conduzir essa estabilização. A intervenção medicamentosa era fundamental para contornar a crise que justificava a internação de um paciente na enfermaria[3]. Como ele próprio me disse, "Primeiro tem que dar uma acalmada para ter uma abordagem... como eles chegam muito agitados". "Ter uma abordagem" significa conseguir "brechas" na relação com o paciente para que ele dê lugar ao médico e um voto de confiança no tratamento. Não era como se o paciente tivesse a escolha de não tomar os psicofármacos, seja por via oral ou injetável. Cedo ou tarde, os internos se davam conta de que resistir à terapêutica farmacológica significava prolongar seu tempo de internação. Ao mesmo tempo, consumir os medicamentos causava efeitos desejáveis e indesejáveis no corpo e na subjetividade de seus usuários. As ações dos psicotrópicos nos pacientes eram traduzidas pelos profissionais como o controle da "agitação" dos internos e, consequentemente, estabilização e melhora do quadro clínico.

A seguir, pretendo puxar a linha etnográfica dos medicamentos explorando sua transversalidade (Castro; Engel; Azize, 2023) e reflexividade antropológica (Castro, 2012). Longe de se reduzirem à função de controle ou produção de saúde, os psicotrópicos estavam emaranhados em uma "ambiguidade entre dominação e ação", uma "das controvérsias que marcam o uso e a eficácia da psicofarmacologia" (Magaldi, 2020, p. 18). Profissionais e pacientes defendiam ou criticavam o uso dos medicamentos psiquiátricos de maneira que, na enfermaria psiquiátrica, "o reconhecimento da indispensabilidade dos fármacos (como tratamento regular ou emergencial) convive com uma preocupação em relação aos perigos de sua hiperdosagem, ou de seu recurso exclusivo, violento e abusivo" (Magaldi, 2020, p. 18). A valência positiva ou negativa dos psicotrópicos variava conforme a situação e a relação terapêutica estabelecida entre trabalhadores e internos. Em outras palavras, não é possível ter uma perspectiva fixa a respeito dos psicofármacos, "o que parece claro é que esses 'mesmos objetos' não são, ao fim e ao cabo, os mesmos" (Magaldi, 2020, p. 19, gri-

3 A Lei 10.216 de 2001, juntamente a portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, regulam e instituem dispositivos de cuidado em saúde mental que descentram o modelo hospitalocêntrico. Entre estes dispositivos extra-hospitalares estão os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) gerais e os especializados CAPS – Ad, dedicado a pessoas em situação de uso prejudicial de drogas, e os CAPSi destinados a crianças e adolescentes; as residências terapêuticas, que visam receber todos aqueles usuários da rede de assistência psicossocial que não possuem moradia; e os ambulatórios de saúde mental. Esse conjunto de dispositivos jurídicos, no entanto, conservam a figura da "internação psiquiátrica" como forma de cuidado intensivo em saúde mental. Ela permanece como alternativa para os casos que esgotaram os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede de saúde mental, seja sob a forma de internação voluntária, involuntária ou compulsória (Brasil, 2001). Na prática, mesmo internações voluntárias se tornam involuntárias, pois a alta do paciente depende do aval da autoridade médica.

fos no original). Como descreve Magaldi (2020, p. 19), uma análise etnográfica dos medicamentos psiquiátricos deve estar atenta ao fato de que: "O encontro entre corpo e psicofármaco só é fabricado em agenciamentos que despertam inquietudes e ensejam múltiplas reações". Não é possível pensar esse encontro como negativo ou positivo a priori; ele se dará a cada situação, conforme agenciamentos singulares.

Um medicamento poderia ser recusado ou prescrito para um paciente, de acordo com a avaliação psiquiátrica. Um médico experiente, na supervisão dos residentes em psiquiatria, falava aos seus jovens alunos sobre a importância de se fazer um bom manejo clínico dos remédios sem esperar que eles eliminem o delírio por completo. Sobre um paciente que apresentava delírios de cunho místico-religioso, disse:

O que um antipsicótico ou um neuroléptico vai fazer não é acabar com o delírio, é para ter uma ação sobre isso: uma agitação, uma hipersensibilidade... Mas isso não vai ter um efeito antidelirante. É muito mais uma redução de um efeito deste estado: um embotamento, uma confusão mental... Neurolépticos ajudam a ajustar isso... até porque, muitas vezes, é o delírio que mantem esse sujeito vivo... Ele [, o paciente,] encontrou[-se] nessa relação com Deus e teve uma cura do seu tormento. Sem essa relação com Deus que funcionou como uma cura, o que vai restar para ele? [...]. Se você tirar isso vai ficar o quê? (Caderno de Campo, 2021)

No contexto etnografado, cada paciente trazia consigo uma experiência intensa que motivou sua internação, voluntária ou involuntária, na enfermaria psiquiátrica. O objetivo da intervenção médica era o de modular psiquiatricamente a intensidade dessa experiência. Isso significaria reduzir o volume do ruído experimentado pelo paciente, ciberneticamente falando (Sands; Ratey, 1986)[4], o que poderia gerar duas consequências distintas: 1) a "estabilização" do quadro clínico, uma forma de normalização que permitia a normatividade vital (Canguilhem, 2019) do sujeito psiquiatrizado, ou 2) sua "hiperestabilização", uma ultranormalização que impactava o sujeito na sua relação com o meio, deixando-o indiferente às variações do ambiente ao lhe embotar cognitiva e afetivamente (Monnerat, 2020). A diferença entre essas duas possibilidades é de grau, ou seja, podemos afirmar que quadros clínicos mais agudos tendem mais à hiperestabilização do que os menos agudos.

Nesse sentido, a medicamentalização dos internos, isto é, a "vitória" do(a) médico(a), o êxito do tratamento e consequente adesão do paciente aos medica-

4 Como argumenta Bateson (1951, p. 120), para que haja codificação é necessário que os elementos de um sistema sejam ordenados de forma específica, "sejam quais forem os objetos ou eventos ou ideias para que o indivíduo represente certos objetos externos ou eventos, é preciso que haja uma relação sistemática entre o interno e externo, senão a informação não será útil". Chama-se "ruído" (noise) os "elementos não-sistemáticos na codificação".

mentos, assumia a "forma de cismogênese complementar" (Bateson, 2008, p. 229), que mantinha a assimetria entre o médico e o paciente, o primeiro com o objetivo de tratar e o segundo com o de sair da internação. A falha nesse processo era experimentada pelo psiquiatra com tristeza e sensação de fracasso. O resultado dessa relação cismogênica, o sujeito psiquiatrizado, era, por vezes, descrito pelos trabalhadores como uma "outra pessoa", como veremos a seguir.

**"Outra pessoa, não é?": o psicofármaco e sua magia**

"Santo Haldol®!", essa foi a resposta que ouvi de um psicólogo quando comentei que um paciente parecia ter melhorado. A expressão é tão jocosa quanto verdadeira para os atores envolvidos no tratamento psiquiátrico. Frequentemente, os psicofármacos eram dotados de uma aura "encantada" (Van der Geest; Whyte, 2011). Capazes de concretizar feitos milagrosos ao expandir o alcance e potencializar a ação médica, "Os fármacos professam um mundo compreensível de cura para o sofrimento, oferecendo à 'coisificação' imaginada da doença o antídoto 'coisificado' do medicamento e vice-versa" (Van der Geest; Whyte, 2011, p. 469).

Subterrânea à "coisificação" do psicotrópico flui a modulação intensiva das substâncias no corpo e subjetividade dos pacientes. Assim, a fronteira entre o uso medicamentoso (extensivo) e o não medicamentoso (intensivo) dos psicotrópicos, como bem notado por Eduardo Viana Vargas (2008, p. 60), é "tão tensa quanto tênue", pois "é vazada por inúmeras situações intermediárias" e, por isso, é necessário "que não se tome nenhum (ou qualquer um) desses dois polos como se constituíssem termos absolutos, vale dizer, que não se reduza a problemática ética aos preceitos morais". Os psicofármacos "têm dois usos", nos diz Deleuze (2005, p. 90), "podem ter o uso de 'esse aí nos enche o saco, é preciso acalmá-lo', e acalmá-lo quer dizer levá-lo o mais próximo possível da intensidade zero; há casos em que os psiquiatras interrompem um acesso de angústia e essa interrupção é catastrófica"; ou "podem ter outro uso que é também o sentido das drogas", o de "induzir passagens de um limiar de intensidade a outro, podem dirigir uma viagem em intensidade".

Alguns pacientes, como Álvaro, diziam que a internação lhes servia "para descansar". O interno falou que se sentia ainda melhor depois de terem dobrado o número de injeções que recebia. Já Plínio, internado depois de brigar com o irmão de quem suspeitava envenenar sua comida, disse ao psicólogo que usava os medicamentos para "aliviar a tensão". Curiosamente, quando o perguntaram se ele tinha algum "problema psiquiátrico", o paciente negou. Altair, em consulta, disse ter substituído cocaína por Haldol®, ambos lhe serviam, igualmente, para

"limpar o cérebro". Flávio, convidado a descrever o que sentia com a alteração dos medicamentos receitados, confessou preferir Haldol® à Risperidona. Enquanto o primeiro deixava "tudo mais colorido e palpável", o segundo tirava-lhe o peso do corpo, deixando-o "mole e babando". Nesses relatos podemos ver a dimensão extática da psiquiatrização da intensidade que preserva o "sentido das drogas", nas palavras de Deleuze (2005, p. 90).

Talvez seja difícil separar rigorosamente o primeiro sentido do segundo, já que a contenção química de uma crise de angústia pode ser experimentada tanto como controle, quanto como cuidado. Jeferson, por exemplo, estava tão angustiado que a acompanhante terapêutica da enfermaria achou melhor chamar Henrique para medicá-lo. Quando eu e o médico chegamos ao pátio nos deparamos com os olhos cheios d'água de Jeferson. O interno já tinha meditado, tomado banho gelado, mas nada disso o livrou da angústia. Henrique propôs ao paciente uma "solução química" para o seu problema e perguntou a Jeferson se ele a aceitaria. O interno concordou com a proposta, com uma única condição, a de que ele não ficasse "grogue". Henrique aceitou a ressalva do paciente e prescreveu o medicamento. Naquele mesmo dia, mais tarde, Jeferson aproximou-se de mim e perguntou qual era o nome do médico que havia lhe atendido antes, porque "o medicamento que ele deu para mim me fez bem".

A "negociação" entre psiquiatra e paciente podia se dar de forma mais ou menos dramática, mas em ambos os casos era movida por uma "tensão cismogênica" (Bateson, 2008, p. 237). Podemos vê-la presente no caso de Jeferson, ainda que em um grau atenuado, no qual a submissão de Jeferson à "solução química" é negociada com seu médico. Mas também havia situações de maior tensão entre as partes, como foi a relação dos médicos com Sebastião.

Ele tinha 59 anos, branco, cabelos grisalhos, usava óculos arredondados e, quando eu o vi pela primeira vez, durante uma consulta, vestia um moletom dos Rolling Stones sobre o uniforme azul do hospital. O interno olhou para Rodrigo e Helena e, legendando para si mesmo a situação em que se encontrava, disse: "Eu estou vulnerável a vocês e aos meus familiares". As falas do paciente geraram alguma comoção entre o médico e a residente. Sebastião era irredutível em relação aos psicofármacos, "eu acho que estou mais saudável sem o remédio". Conforme sua experiência, o medicamento psiquiátrico "altera o meu organismo", especificou, "altera o meu metabolismo".

De acordo com Sebastião, todas as "4 ou 5 vezes" que lhe internaram foram por "motivos fúteis". Daquela vez sua própria irmã "me chamou o SAMU", porque ele estava na janela de seu apartamento, tocando violão, cantando Cidade Negra e

discursando sobre Martin Luther King e Gandhi. Para Sebastião seu verdadeiro tratamento era música e literatura, apaixonado por tocar violão, já tinha, inclusive, treinado a modalidade clássica. O medicamento que lhe foi receitado o prejudicava na hora de tocar seu instrumento, fazendo-o errar as notas e enxergar as letras da partitura aumentando e diminuindo, "fica tudo turvo", resumiu.

Rodrigo comentou que aqueles fenômenos experimentados por Sebastião não faziam parte do rol dos "efeitos colaterais" do medicamento. Embora pareça uma observação meramente técnica, relatos como esse demonstram a deslegitimação moral, por parte dos cuidadores, dos "sentimentos descritos por aqueles que de fato estavam fazendo uso da medicação" (Monnerat, 2020, p. 114). Contudo, a fala do médico passou batida pelo interno. Sebastião permanecia irredutível, ele até admitia que iria tomar o medicamento dentro do hospital, como já estava fazendo, mas não continuaria a usá-lo "lá fora". Reafirmou ao médico seu desejo de não consumir o psicotrópico e acrescentou que se o ingerisse seria por "imposição sua", disse, apontando para o psiquiatra. O interno argumentou que não iria "brigar" ou "resistir" aos médicos, porque sabia que eles poderiam amarrá-lo, deixando-o "assim": neste momento Sebastião esticou seus braços e esparramou-se na cadeira encenando alguém que era contido mecanicamente.

O psiquiatra mostrou a Sebastião o impasse em que ele estava, Helena tentou explicar ao paciente que sua "doença" tinha origem "genética", insistiu que ele deveria se tratar, assim como suas irmãs faziam, uma era "bipolar" e a outra "esquizofrênica" — nada disso convenceu o paciente. Para Sebastião uma boa dieta alimentar resolveria seu quadro de saúde. Na sala de equipe, depois da consulta, os médicos discutiam o caso de Sebastião. No entendimento dos profissionais, a negação em consumir psicofármacos tornava o caso do paciente "mais complexo". Contudo, Rodrigo destacou, era necessário apostar na "flexibilidade de Sebastião". Os médicos decidiram alterar o antipsicótico prescrito para o paciente, dali em diante ele iria usar Quetiapina.

Em outra consulta com Sebastião, o paciente confessou aos médicos que o remédio novo "tirou o peso" de sua cabeça. Surpresos, os trabalhadores perguntaram ao interno por que ele tinha apresentado anteriormente uma resistência tão grande ao medicamento. Sebastião respondeu que não tinha "resistência ao medicamento", mas sim "resistência ao problema" gerado pelos medicamentos. Com a adesão explícita ao remédio e mudança comportamental, em pouco tempo, algo em torno de duas semanas, Sebastião seria desinternado. Próximo à sua alta, o paciente foi cordial com seus médicos, contrastando e muito com o primeiro atendimento. Depois que saiu da sala em que estávamos, Rodrigo perguntou-me: "Você viu como está o

Sebastião?", "Sim, impressionante!", respondi, "Outra pessoa, não é?", complementou o médico. A partir da adesão do paciente ao psicofármaco, bastou ao psiquiatra apenas "acertar com a medicação", esperar seu efeito terapêutico no organismo de Sebastião e em pouco tempo ele estaria desinternado. Como em um passe de mágica, para seu médico, Sebastião havia se transformado em um "outro" que, paradoxalmente, encarnava quem o paciente realmente era, seu verdadeiro "Eu" (Wilson, 2023). Revelava-se ali "uma verdade que estava encoberta pelo mau funcionamento do corpo" (Azize, 2008, p. 22).

Embora parecesse espantosa a aceitação de Sebastião ao tratamento farmacológico, desde o início o interno destacou que os chamados "efeitos colaterais" dos psicofármacos eram, para si, a parte mais incômoda da terapêutica. Essa era uma crítica comum à grande parte dos internos, contudo, a nomenclatura "efeito colateral" não é adequada. Não há medicamento psiquiátrico que não gere "problemas" a seus usuários. Nikolas Rose (2018, p. 101) propõe nomeá-los de "efeitos indesejáveis", ressalta: "não vamos os chamar de 'efeitos colaterais', pois eles são tão diretos quanto os efeitos sobre os estados mentais". Os psicofármacos não atingem apenas o comportamento inadequado, o "estado mental anômalo", tal qual se pode ingenuamente crer, também "atuam na neurotransmissão ao longo do corpo, no intestino, no músculo e em outros lugares, frequentemente levando ao ganho de peso, sonolência, problemas motores e muito mais" (Rose, 2018, p. 101). Quando esses efeitos saem do controle e perturbam os corpos e subjetividades dos pacientes, eles podem intensificar sua resistência ao tratamento. A esse aumento da resistência dos internos, os psiquiatras respondiam com uma intervenção psiquiátrica ainda mais intensa, aumentando assim a "tensão cismogênica" (Bateson, 2008, p. 237) da relação médica com o paciente insatisfeito.

Frequentemente, os pacientes apresentavam queixas a respeito dos efeitos indesejáveis dos medicamentos tomando a si mesmo como prova para seu pedido. Um interno, por exemplo, se deparou com Rodrigo caminhando pela enfermaria, interrompeu seu percurso e disse, "Estou falando lento, eu não falo assim". O psiquiatra engajou-se em uma conversa com o rapaz sobre as doses de seu medicamento e reconheceu a necessidade de readequá-las. Era esperado, no cálculo psiquiátrico, esse tipo de "negociação" com os pacientes. A avaliação do médico somava-se à autoavaliação do interno na tentativa de se chegar à dose ideal para o seu caso. Esse esforço poderia passar desde a mudança da cor do medicamento, como um paciente que se recusava a tomar medicamentos laranjas por reconhecer que estes faziam-lhe mal, até a maceração do comprimido ou sua aplicação na forma injetável. Na maceração, o comprimido era esfarelado e misturado na água para dificultar sua não absor-

ção; usualmente, o médico acrescentava ao receituário do paciente o pedido de "observar a ingestão", atividade de vigilância normalmente feita por um(a) técnico(a) de enfermagem para garantir que o interno ingerisse o psicofármaco.

Muitas vezes não era claro aos próprios pacientes quais eram ou por que eles usavam os medicamentos. Quando uma residente perguntou para Gilberto se o tratamento fez alguma diferença para a "cabeça" dele ou para o seu "comportamento", ele respondeu à médica, "Nada". Contudo, quando lhe questionaram se os remédios lhe deixaram mais calmo, ele afirmou que "sim". Gilberto sabia que alguns psicotrópicos eram piores do que outros, pois tinha percebido que com o medicamento anterior ele não conseguia nem mesmo escovar os dentes. No entanto, ao ser perguntado quais os medicamentos que ele consumia, contradizendo as expectativas biomédicas, ele fez uso de uma forma de classificação sensível: tomava o "azul", recentemente começou a usar o "branquinho" e lembrou que também lhe aplicavam uma "injeção oleosa".

Do ponto de vista psiquiátrico, o mais importante era manter o paciente medicado. Para esse objetivo os injetáveis apresentavam uma vantagem inquestionável, pois duram mais tempo no organismo e independem do controle da ingestão dos comprimidos. Na experimentação psicofarmacológica, o médico faz uso da combinação de diferentes medicamentos que podem potencializar um o efeito do outro. A intervenção farmacológica é pensada a partir dos efeitos que a mistura tem nos pacientes, a partir de um cálculo entre os custos (efeitos indesejáveis) e benefícios (as modulações dos comportamentos entendidos como sintomáticos). No entanto, mesmo com esse cuidado, vez ou outra, o experimento fugia do controle médico.

Alice, psiquiatra da enfermaria, desabafou com os presentes na sala de equipe a respeito de seu paciente, "eu não sei o que fazer com ele, ele se desorganiza bastante com bebida!". Raul era um paciente psicótico e alcoolista. Alice desconfiava de que o interno estivesse bebendo em segredo. O residente que acompanhava o caso complementou, "Ele foi medicado e não melhorou, na sexta fizemos contenção". Naqueles dias, Raul estava provocando os outros internos e chegou a desferir golpes em alguns de seus colegas. Alice não sabia o que fazer com Raul, porque ele não aceitava medicação por via oral e o remédio que ele aceitava não impactou da forma esperada no seu quadro clínico. Como disse a psiquiatra, "Eu já vi ele chapado de medicação e muito desorganizado, eu não sei o que é isso!". Havia uma aparente contradição entre estar hipermedicado e, ao mesmo tempo, permanecer intensamente "desorganizado". O medicamento não teve o efeito esperado e por isso a médica teria que rever suas estratégias, readequando a receita e, talvez, fortalecendo os mecanismos disciplinares que obrigariam o paciente a ingerir os psicofármacos.

De repente, Raul apareceu à porta da sala, suspendendo o debate entre a equipe, e, visivelmente sedado, disse arrastando as palavras: "Com todo respeito, quero falar outra coisa para você". Imediatamente Alice o interrompeu e pediu para que ele a aguardasse em seu leito.

Até aqui, vimos como os medicamentos são integrados ao circuito cismogênico do tratamento psiquiátrico. A seguir veremos como os psicofármacos compõem o "imaginário farmacológico" (Jenkins, 2010) dos internos e como eles fazem uso de outras substâncias para contrabalancear os efeitos indesejados dos remédios. Nessas duas formas de se relacionar com os medicamentos, o intercruzamento, na experiência de internação psiquiátrica, entre tempo, controle e cuidado se faz presente.

**Entre "zumbis" e "robôs": figuras anestésicas do tratamento**

Um dia como outro qualquer, ouvi um paciente dizer ao seu médico que estava se sentindo "um zumbi" com os efeitos dos psicofármacos. O psiquiatra, por sua vez, lhe assegurou que iria diminuir a dosagem do medicamento. Outra pessoa, Malu, uma mulher trans internada na enfermaria masculina, disse se sentir "mecânica" com os psicotrópicos, já Luciano temia estar se transformando em um "robô".

Era a primeira vez do rapaz em uma enfermaria psiquiátrica. Luciano era jovem, negro, franzino, tinha um jeito doce e voz suave, mesmo quando irritado. Os pacientes "de primeira vez" eram considerados os "mais difíceis" para a equipe, justamente pelo fato de eles desconhecerem a rotina hospitalar e serem muito "demandantes" pela alta. Como resumiu um psiquiatra, a primeira internação de alguém costuma ser a mais longa, porque "até [o paciente] aceitar, até entender, demora". Todos os dias que Rodrigo estava no hospital, Luciano ficava muito ansioso para o seu atendimento. O interno entrava inúmeras vezes na sala da equipe para pedir que o médico lhe atendesse. Mesmo quando o psiquiatra garantia ao paciente que não sairia do hospital sem falar com ele, Luciano permanecia inquieto. De acordo com Rodrigo, o paciente estava "muito positivo", isto é, apresentava um quadro intenso de "agitação", "alucinação" e "delírio", e, por isso, do seu ponto de vista, caso consultasse Luciano conforme sua demanda, o psiquiatra temia que o paciente ficasse ainda "mais positivo".

Durante sua internação, o paciente chegou a ser contido por apresentar intensa "agitação psicomotora". Dizia ser Lúcifer, seu pai era Joe Biden e era casado com Juliette, vencedora de uma das versões do reality show Big Brother Brasil. Além de íntimo de celebridades sobrenaturais, políticas e midiáticas, Luciano acreditava que a maconha iria trazer paz a si e ao mundo. Rodrigo percebia nessas falas e atitudes do paciente um aumento de sua "agitação psicomotora", presença de "humor exal-

tado" e o sentimento de ser "muito invadido" por sua experiência delirante. Esse quadro foi definido pelo médico como "um momento intenso de vivência delirante". Isso o fez prescrever uma dosagem mais alta de psicofármacos ao paciente, "ele está tremendamente medicado para alguém que não estava tomando nada", disse, e complementou falando que "estava jogando pesado" com o interno. Catarina, acompanhante terapêutica do hospital, cogitou que Luciano não estivesse tomando a medicação, já Rodrigo não excluía a possibilidade de os comportamentos do paciente fazerem parte do "curso da doença"; de todo modo, concluiu: "ele precisa dar uma contida, não pode ficar como tá".

Noutro dia, acompanhei Rodrigo no atendimento de Luciano. Como de praxe, o rapaz lhe pediu insistentemente alta, argumentando que só queria "ir para casa fumar cannabis", que sabia ser a planta o motivo pelo qual o internaram, mas acreditava que era ela que poderia tirá-lo dali. Diante das evasivas do médico, o paciente exclamou, "doutor Rodrigo, você está me fazendo de robô, você está me mantendo aqui para me estudar!". O psiquiatra tentou tranquilizar o interno, "tudo tem o seu tempo", Luciano assentiu, mas continuou obstinado pela alta. Rodrigo permaneceu inabalável em sua posição e indagou ao paciente se ele realmente estava tomando os medicamentos prescritos, Luciano lhe assegurou que sim e ressaltou que apenas uma vez ele tinha deixado o comprimido cair no chão, mas o ingeriu mesmo assim. Rodrigo o alertou que ele não podia tomar os medicamentos de outros pacientes, como já havia feito outras vezes.

Luciano continuou reiterando que não desejava permanecer na enfermaria. Em um determinado momento, pediu para que Rodrigo encostasse suas mãos nas dele, o médico disse que só poderia fazê-lo com o punho cerrado, por causa do protocolo sanitário vigente à época da pandemia do SARS-CoV-2. Luciano insistiu com o psiquiatra sem obter o resultado almejado, teve que se conformar com o punho fechado. Então, virando-se para mim, repetimos a mesma cena, mas dessa vez ele insistiu em me tocar e, assim que o fez, deitou-se no chão aos prantos pedindo por sua alta. Nesse instante, eu também me angustiei, já Rodrigo tentou acalmar o paciente, mas não obteve sucesso. Luciano saiu da sala gritando que não queriam lhe dar alta. Encerrada a consulta Rodrigo desabafou, "É difícil conversar com ele, não consigo sustentar muito tempo", e disse frustrado, "Acho que a gente não está conseguindo fazer as coisas aqui....", havia pouco tempo que a enfermaria tinha mudado de lugar no interior do hospital, tanto os trabalhadores quanto os pacientes estavam se adaptando com a nova organização.

De volta à sala da equipe, Rodrigo já estava envolto na burocracia hospitalar quando Luciano entrou abruptamente e disse novamente: "O senhor tá me fazen-

do de robô, me dá um tanto de remédio!". Sentou-se no chão, refez as acusações, demandou que sua mãe o levasse dali e repetiu "Você está me fazendo de robô!". Rodrigo continuou fazendo o seu trabalho, indiferente à demanda de Luciano. Nesse mesmo dia, quando eu e o médico saímos da enfermaria, ouvimos os gritos de Luciano dizendo que nos amava.

Eventualmente, a calmaria química se abateria sobre o paciente. Em outra semana, no início do atendimento com Luciano, Rodrigo comentou que ele aparentava estar melhor, o rapaz lhe retrucou, "Graças a essa melhora eu estou entrando em depressão". Menos agitado, mas ainda lentificado, a resposta de Luciano não agradava seu psiquiatra, mas é reveladora da potência anestésica dos psicofármacos (Heyes, 2020). Luciano continuou a demanda pela alta e prometeu ao médico que não iria mais fumar maconha. O paciente estava com a voz embargada, física e psiquicamente exaurido, nos dizia que gostaria de voltar ao convívio familiar, prometeu que iria aderir ao tratamento extramuros e reclamou que passava frio na enfermaria, em casa ele "não passa por isso". Depois de mais algum tempo de internação, Luciano finalmente saiu do hospital, no dia de sua alta disse para mim que estava muito feliz por voltar para casa.

Podemos ver com Luciano que a "tensão cismogênica" (Bateson, 2008, p. 237) de sua relação com o médico aumentava com a passagem do tempo. Isso fazia com que o paciente se sentisse cada vez mais submetido ao tratamento e, consequentemente, mais dependente do médico para ser desinternado. Essa intensificação cismogênica fazia com que muitos pacientes se angustiassem, o que poderia induzir a crises psiquiátricas. O aumento da dosagem prescrita e a contenção química e física são formas de intervenção psiquiátrica que agiam aliviando essa tensão de modo a controlar a cismogênese para mantê-la em "equilíbrio dinâmico" (Bateson, 2008, p. 234).

Os psicofármacos conseguem suspender a temporalidade progressiva da internação, já que "induzem a uma relativa indiferença à passagem do tempo e às demandas sensoriais que tornam nossa temporalidade típica tão exaustiva. A ansiedade diminui" (Heys, 2020, p. 97). Os medicamentos não faziam com que Luciano se conformasse em permanecer internado, mas permitiam que ele sentisse menos o fato de que continuaria enclausurado. As drogas psiquiátricas são anestésicas e, mais ou menos intensamente, nos aproximam de estados de inconsciência, nos quais estamos "desmaiados, sedados, adormecidos" (Heys, 2020, p. 98). Tal qual disse um paciente certa vez sobre seu uso de psicotrópicos na enfermaria, os remédios serviam-lhe para "ficar mais cansado" e "dormir". À essa suspensão temporal, a teórica feminista Cressida Heys (2020, p. 99) nomeou de "tempo anestésico". Essa modalidade tempo-

ral é atuante, seja na "cervejinha" do final de um dia extenuante de trabalho, ou no uso intensivo de outras drogas, lícitas e ilícitas. Há quem experimente esse "tempo anestésico", como afirma Heys (2020):

> como um alívio do trabalho no capitalismo comunicativo, mas há também aqueles que são descartados pelos sistemas de trabalho como excedentes e que são anestesiados como uma forma de gerenciá-los ou subjugá-los. Essas populações incluem pacientes psiquiátricos, prisioneiros, pessoas idosas e com deficiência em cuidado residencial (p. 114).

É este o caso de Luciano e de tantos outros pacientes. Na internação psiquiátrica, assim como nos complexos prisionais, os psicotrópicos não se restringem a um uso terapêutico, eles também são utilizados como "tecnocorreções" (Hatch; Bradley, 2015, p. 225). Nesse contexto, a fronteira entre controle e cuidado é fluida e definida situacionalmente (Muusse et al., 2023) de modo que determinar a legitimidade ou ilegitimidade da prática psiquiátrica "depende da forma de racionalidade política que justifica a adjudicação [enactment] da própria prática" (Hatch; Bradley, 2015, p. 230). Assim, "a fronteira conceitual entre o que é legítimo ou não, como a contiguidade teórica entre biopoder e necropoder, é porosa e indeterminada, como os espaços ontológicos que separam a vida desperta e a morte certa" (Hatch; Bradley, 2015, p. 230). Essa indeterminação ontológica é articulada por Luciano em sua frase: "Graças a essa melhora eu estou entrando em depressão", em que estão fundidas saúde e doença, vida e morte, em um processo do qual se precipita o sujeito psiquiatrizado, o "eu" da sentença.

Os efeitos dos psicotrópicos no corpo do paciente também têm consequências em sua subjetividade, já que "o sujeito corporificado é concomitantemente espacial e temporal" (Heys, 2020, p. 102). Além da suspensão temporal, os medicamentos modificam o modo que os internos se movimentam, tanto pelo espaço, quanto em sua gestualidade. Essa modulação era experimentada como uma modificação significativa na experiência de si acarretada por sua metamorfose biopsíquica em "zumbis" ou "robôs". Essas são duas formas de pós-vida que habitam os "mundos de morte" da necropolítica, "formas únicas e novas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condição de vida que lhes conferem o estatuto de 'mortos-vivos'" (Mbembe, 2018, p. 71), seja esse pós-vida alcançado por magia ou por tecnologia.

O escritor e jornalista Ted Morgan (1974, online), quando se deparou com os internos da ala psiquiátrica do antigo complexo prisional chamado popularmente

de The Tombs, em Nova Iorque, não poupou tinta para descrever a medicamentalização dos prisioneiros. Nas palavras ácidas do autor,

> Uma maneira segura de acalmar um homem que estava "agindo de forma inadequada [acting out]" era colocá-lo em uma dose diária de 1.100 miligramas de Thorazine[5]. Isso o transforma em um zumbi. Ou, em termos clínicos, reduz a quantidade de estímulos para que o paciente possa reorganizar sua estrutura psíquica.

A equivalência entre "reorganizar-se psiquicamente" e "transformar-se em um zumbi" indica um paralelo inquietante entre a figura mítica e sua reaparição na psiquiatria biológica. Meu encontro ou o de Ted Morgan não eram inéditos; Hurston (2009), no clássico Tell My Horse: Voodoo and Life in Haiti and Jamaica, publicado originalmente em 1938, narrou seu inusitado encontro etnográfico com um zumbi durante seu trabalho de campo no Haiti. Hurston (2009, p. 195) soube numa conversa com o médico Rulx Léon em 8 de novembro de 1936 que "um Zumbi foi encontrado na estrada e estava agora no hospital em Gonaïves". Chegando ao hospital deparou-se com Felicia Félix-Mentor, a zumbi. De acordo com o relato de familiares, a mulher havia falecido em 1907 e nunca mais tinha sido vista.

No hospital, a presença da antropóloga não parece ter agradado a paciente-zumbi, que se recuava diante do avanço da autora. Apesar da tentativa de acalmá-la, "ela parecia não ouvir nada. Apenas continuava tentando se esconder" (Hurston, 2009, p. 195). Diante da tentativa frustrada de se comunicar com a mulher, Hurston não hesitou em tirar sua foto[6]. Posteriormente ao encontro com a interna, a pesquisadora engajou-se em um debate com os médicos responsáveis por Felicia. Juntos chegaram à conclusão de que aquele "não era um caso de despertar dos mortos, mas sim de semblante de morte induzido por alguma droga conhecida por poucos. Algum segredo trazido de África e passado de geração em geração", relata Hurston (2009, p. 196). Ela suspeitava de que os poucos que detinham o segredo da substância "sabem o efeito da droga e o antídoto. É evidente que ele destrói a parte do cérebro que governa a fala e a força de vontade. As vítimas podem mover e agir, mas não conseguem formular pensamentos".

No trecho destacado acima, vemos novamente a relação entre psicotrópicos e zumbis. Essa estranha e improvável quimera reaparece na psiquiatrização de

5 Nome comercial da Clorpromazina nos Estados Unidos, medicamento antipsicótico utilizado no tratamento da esquizofrenia, tem forte poder sedativo, como qualquer neuroléptico.

6 Disponível em: https://www.flickr.com/photos/cc210/5705656505.

sujeitos que têm sua pós-vida inscrita em um modo instrumental de existência. É nesse mesmo nível que surge a segunda figura anestésica do tratamento psiquiátrico que analisarei, o "robô". A palavra "robô" apareceu pela primeira vez na década de 1920, pelas mãos do dramaturgo tcheco Karel Čapek, na peça R.U.R. A etimologia do termo remonta à "robota" que pode ser traduzido do tcheco "para 'serviço compulsório', semelhante ao 'robota' eslavo, significando 'servidão, trabalho duro'" (Richardson, 2015, p. 2). Originalmente, na peça de Čapek os "robôs eram humanos, feitos de carne, sangue, ossos e veias, mas anexados [assembled] a uma linha de produção mecânica" cientificamente calculada (Richardson, 2015, p. 5). Foram outros artistas que, posteriormente, reencenaram a peça transformando os robôs humanos em máquinas.

Como argumenta a antropóloga Kathleen Richardson (2015, p. 5), "historicamente, o robô tem sido uma forma de falar sobre a desumanização e a elevação do não-humano" a partir da gramática racializada da escravização. Basta notarmos que no interior da linguagem informática preservam-se termos como "HD mestre" e "HD escravo" ou analisarmos a maneira pela qual, no imaginário popular, se performa "a história entrelaçada de máquinas e escravos" (Benjamin, 2019, p.58). Sob essa luz que podemos examinar as acusações feitas por Luciano ao seu médico de querer transformá-lo em robô e mantê-lo internado com a finalidade de estudá-lo. O paciente vê os efeitos do medicamento sobre o seu corpo como uma mecanização de si. Tal qual um robô ele se percebe enrijecido, "metálico, seus gestos são descontínuos, bruscos, desumanos" (Baudrillard, 2006, p. 129). O robô "é a síntese entre a funcionalidade absoluta e o absoluto antropomorfismo", argumenta Baudrillard (2006, p. 128), pois como o zumbi ele deve servir ao seu mestre, e, embora seja um duplo do humano, dele se diverge por ser "visivelmente um objeto, e por este meio um escravo" (Baudrillard, 2006, p. 129, grifos no original). Para tornar-se objeto e inscrever-se funcionalmente no tratamento psiquiátrico, Luciano precisou, primeiro, ser robotizado. O caminho reverso também é possível, Richardson (2015, p. 16) descreve que especialistas em robótica recorrentemente fazem "analogias entre pessoas com deficiência e máquinas". Cientistas da área costumam "imaginar uma máquina robótica como uma pessoa com autismo, uma entidade que carece da capacidade de ler sinais sociais e responder apropriadamente" (Richardson, 2015, p. 16). Como no caso dos zumbis, há uma estranha recursividade entre robôs e pacientes psiquiátricos potenciais ou atuais.

**O circuito das trocas: tempo e substâncias**

Café, cigarros e psicofármacos são as substâncias psicoativas que mais circula-

vam entre os internos da enfermaria. Os dois primeiros eram utilizados pelos pacientes para contrabalancear os efeitos dos medicamentos, seu uso pode ser visto como uma maneira dos próprios internos se apropriarem de seu tratamento. Os remédios demoravam para "fazer efeito", como diziam os médicos, o que impactava diretamente no tempo de internação. O tempo farmacológico poderia ditar a estratégia terapêutica, como alertou o supervisor dos residentes, "presta atenção, esse negócio de antidepressivo em emergência é muito complicado, porque você precisa de umas três semanas para ter efeito farmacológico. Às vezes você vai passar ansiolítico, sedativo para ter efeito de curto prazo". No entanto, o efeito sedativo nos pacientes gerava uma contrarresposta, a busca pelo "cafezinho". Além de ser um hábito alimentar muito comum, o efeito estimulante da cafeína ajudava a demover os pacientes da sonolência quimicamente induzida pelos psicofármacos, como me disse um interno.

Já os cigarros lhes serviam para dar "uma relaxada" ou "arejar a cabeça", tal qual relatou outro paciente. Se os medicamentos e a própria internação tensionavam os corpos e mentes dos internos, a nicotina era uma forma de contrabalancear os efeitos iatrogênicos da internação. Esta é a conclusão de um artigo científico sobre o tema: "a nicotina, um dos componentes principais do fumo de tabaco, estimula a atividade dopaminérgica do sistema nervoso central" (Salokangas et al., 2006, p. 375). Isso "pode explicar por que fumar pode ter um efeito protetor frente aos sintomas extrapiramidais[7] induzidos pelos neurolépticos" (Salokangas et al., 2006, p. 375). Os pesquisadores indicam que "o tabagismo entre os pacientes com esquizofrenia se associa com doses altas de medicação neuroléptica" (Salokangas et al., 2006, p. 379) e se intensifica quando o paciente está institucionalizado. Aliás, o consumo de cigarros nesse segmento é significativamente maior do que na população em geral (Rondina et al., 2003, Leon; Diaz, 2005). A nicotina também pode diminuir a eficácia dos psicofármacos (Simón, 2015), consequentemente seu uso poderia afetar o tempo de internação ou recrudescer a intervenção psiquiátrica com o aumento da dosagem dos medicamentos.

Além de produzir efeitos bioquímicos nos pacientes, café e cigarros promoviam encontros e movimentavam circuitos de troca (Mauss, 2013) na enfermaria. Os pacientes poderiam obter esses produtos de duas formas: a) comprando na lanchonete do hospital, gerida por Ademar, antigo paciente psiquiátrico, ou b) no interior da enfermaria. Na enfermaria ficavam guardados os maços, geralmente doados por seus familiares ou outros cuidadores. Caso o interno não tivesse quem lhe fornecesse cigarros, ele os recebia da "caixa de doações" suprida pelos próprios trabalhadores

7 Sintomas extrapiramidais "referem-se aos danos causados pelas drogas psiquiátricas no sistema extrapiramidal - rede neural que governa os movimentos involuntários, reflexos, e coordenação motora" (Burstow *et al.*, 2013, p. 336).

da enfermaria, assim como o pó de café. Havia o café que era servido junto às refeições, pelo setor responsável no hospital, mas também tinha o momento do "cafezinho" que era gerenciado pela equipe da enfermaria, especialmente pela acompanhante terapêutica. A quantidade de cigarros por dia e os momentos em que se bebia café eram limitados e controlados pela equipe dirigente. Isso não impedia certas negociações entre os próprios internos e com os trabalhadores. Alguns pacientes, por exemplo, me pediram, assim como faziam com a equipe, para pagar-lhes um café ou cigarro na lanchonete ou que lhes acompanhassem para fumar e/ou beber café debaixo do pé de amendoeira, lugar fora da enfermaria, mas dentro do hospital. Eu mesmo cheguei a combinar com um paciente, cuja família não iria visitá-lo e, por isso, estava sem estoque de tabaco, de fornecer-lhe um maço de cigarros por semana.

Assim como Goffman (1974, p. 228), eu pude observar no interior da enfermaria psiquiátrica o "papel ritual dos cigarros". Os objetos podiam estreitar laços ou motivar brigas. Quando um paciente estava fumando, muitos outros lhe pediam um trago ou até mesmo que ele lhes desse seu próprio cigarro. Era praticamente impossível recusar acender o cigarro de outro interno. Havia, ainda, aqueles que recebiam as bitucas de outros colegas para fumar ou as catavam do chão; esta última ação denotava pouco privilégio do ator frente a seus companheiros. Em todos esses casos, ficava a critério do fumante ceder ou não ao pedido, o que o tornava mais próximo ou distante do demandante. O "status do paciente como tal" influenciava nas "exigências que uma pessoa podia fazer a outra, apenas em virtude de ambas serem pacientes" (Goffman, 1974, p. 230). Dirceu, por exemplo, durante uma atividade no pátio da enfermaria, conseguiu comunicar-se, através das grades, com um paciente de outro setor do hospital. Os homens se cumprimentaram, conversaram sobre o tempo que compartilharam juntos na emergência psiquiátrica antes de serem designados para enfermarias distintas. O colega disse a Dirceu que sairia de alta no dia seguinte. O paciente viu ali sua chance de pedir ao colega que lhe deixasse um pacote de cigarros em seu nome. O pacto foi selado entre as partes. Acordos como esse fortaleciam a solidariedade entre pacientes e comprometiam o beneficiário de retribuir o favor futuramente. Dirceu tinha uma longa trajetória psiquiátrica, além de gozar de um carisma que lhe era próprio, o que pareceu lhe conferir o status necessário frente ao outro paciente.

O tabaco funcionava como moeda de troca entre os internos. Era possível trocar uma quantidade de cigarros por comida, utilizá-los para fazer apostas e empréstimos. Trocas como essas são típicas de "instituições totais", para usar um termo goffmaniano, embora sejam práticas extraoficiais. Elas geram seus próprios problemas, conforme relata Goffman (1974):

> Geralmente, tal como ocorre nos muitos casos em que os cigarros passam a ser empregados como um meio de troca, o armazenamento pode ser um problema; a equivalência entre marcas é um problema; a redução do valor por perda de tabaco é fácil; o consumo, como um bem, pode introduzir grandes flutuações no valor do dinheiro. (p. 221).

O paciente que recebesse uma grande quantidade de cigarros poderia gerar perturbações significativas no circuito de trocas. Vicente, por exemplo, ganhou uma aposta que fez com Josué. A mãe do último, durante uma visita, pagou a dívida do filho com Vicente. O paciente sabia que para assegurar suas doações ele tinha que passar os maços que ganhou ao domínio da enfermaria e assim foi feito. O psicólogo de Josué, sabendo das apostas, recebeu os cigarros de Vicente e colocou o nome do ganhador nas embalagens para assegurar-lhe a posse. O aumento de capital de Vicente fez com que ele passasse a trocar cigarros com outros pacientes, inclusive de outros setores do hospital. A intensificação das trocas tornou-se problemática e passou a ser notada por outros membros da equipe que reclamaram que o interno "está cheio de cigarros" e "causando problemas na enfermaria". Mesmo que soubessem dessas trocas, quando elas se tornavam indiscretas, os trabalhadores se viam forçados a reprimir negociadores alardeantes, como Vicente.

Além das apostas, a compra de produtos na lanchonete renovava a dinâmica das trocas com outras mercadorias. Pacientes não podiam trazer os alimentos comprados na lanchonete para o interior da enfermaria, o que os forçava a consumir e/ou trocar os produtos adquiridos antes de retornarem. Quando fui com Leonel à lanchonete para tomarmos café, ele também pediu para que eu lhe comprasse um pacote de biscoitos recheados sabor limão. Eu comprei. Leonel pegou alguns biscoitos da embalagem e ofereceu para um senhor em troca de um trago de cigarro. O homem, morador do abrigo do hospital, aceitou fazer o escambo. Logo em seguida, Leonel ofereceu ao colega um gole de seu café e mais um biscoito. O senhor aceitou e depois ausentou-se durante um tempo e retornou com um pedaço de pão para Leonel. O paciente recebeu o pão e retribuiu com o restante de café que tinha consigo. Por fim, o homem mais velho deu um copo com alguns cigarros dentro para Leonel. A troca de um punhado de biscoitos por um trago virou, seguindo a lógica da dádiva (Mauss, 2013) — obrigação de dar, receber e retribuir —, um punhado de cigarros.

Essas trocas também podiam estreitar os laços entre a equipe assistente e os pacientes do hospital. Ao chegar no local pela manhã vi Getúlio, um senhor negro, de cabelos brancos e andar curvado, como tantas outras vezes, sentado nos degraus do saguão principal, esperando lhe autorizarem a entrada. Meu caminho cruzou-se com o de Miguel. O psicólogo era um velho conhecido de Getúlio, embora este não esti-

vesse internado no hospital, ele era um frequentador assíduo da instituição e partilhava com outro paciente psiquiátrico um ateliê improvisado no estabelecimento, de vez em quando pude vê-lo desenhando. Quando os olhos de Getúlio se deparam com Miguel, ele se levantou e sinalizou para o psicólogo acender seu cigarro. Miguel o perguntou, "e a máscara?", Getúlio apalpou os bolsos e retirou uma máscara descartável suja e amassada. O trabalhador assinalou que ele deveria trocá-la por uma nova. Em uma linguagem que lhe era própria, mas que Miguel era fluente, Getúlio pediu café ao psicólogo que não demorou para atendê-lo. Ao passar pela lanchonete, próxima à entrada, o psicólogo, entregando o dinheiro para Getúlio, pediu para Ademar preparar o café de seu companheiro. Getúlio sabia que Miguel era alguém que ele podia contar, frequentemente ele aparecia pela entrada exterior da sala de equipe para que o psicólogo lhe acendesse um cigarro ou lhe desse café.

## Considerações finais

O uso de psicofármacos durante a internação de pessoas em uma enfermaria psiquiátrica masculina é, como visto, profundamente relacional. A agência socioquímica dos medicamentos é fruto da trama de relações em que eles se inserem (Magaldi, 2020). Em algumas situações, as substâncias são utilizadas para intensificar o controle sobre a subjetividade e corporeidade dos internos; em outras, elas abrem possibilidades de um uso subversivo dos psicofármacos. Neste último caso, o uso de medicamentos é equiparado ao uso recreativo de outras drogas, dando margem a modos singulares de apropriação pelo paciente do remédio. Há, portanto, a possibilidade de um uso psicofarmacológico estilizado pelos próprios pacientes, seja através da autoadministração de substâncias que contornam os efeitos indesejáveis dos psicotrópicos, seja pela negociação com os médicos dos termos em que se dará este uso.

O estilo de uso dos psicofármacos que cada paciente encontra depende das "brechas" entre cuidado e controle que ele enfrenta na sua relação com a equipe dirigente durante a internação. Na prática, os internos se veem obrigados a aceitar injeções ou a ingestão de psicofármacos; contudo, neste processo, criam maneiras de lidar com os medicamentos que escapam à dualidade resistência/subordinação (Mahmood, 2019), reinventando a si mesmos através de diferentes composições socioquímicas. Essas relações se inserem na "cultura medicamentosa" (Monnerat, 2020, p. 116) presente em hospitais e dispositivos extra-hospitalares, e impactam diretamente na experiência de pacientes psiquiátricos. O fato de ser creditado ao medicamento um "retorno" ao normal do paciente acaba por legitimar a internação e manutenção

de alguém, contra sua vontade, em um estabelecimento psiquiátrico.

Recebido 23/09/2025

Aprovado 09/04/2026

**Referências**

Azize, R. L. (2008). Uma neuro–weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana*, 14(1), 7-30. https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000100001

Bateson, G. (1951). Information and Codification: A Philosophical Approach. In Ruesch, Jurgen; Bateson, Gregory. *Communication, the Social Matrix of Psychiatry: Human Psychology, Behavior and Culture in the Modern Society*. (pp. 119-149). Pantianos Classics.

Bateson, G. (2008). *Naven*: um exame dos problemas sugeridos por um retrato compósito da cultura de uma tribo da Nova Guiné, desenhado a partir de três perspectivas. Editora da Universidade de São Paulo.

Baudrillard, J. (2006). *O sistema dos objetos*. (4. ed). Perspectiva.

Benjamin, R. (2019). *Race After Technology: Abolitionist Tools for the New Jim Code*. Polity Press.

Brasil. Presidência da República. (09 de abril de 2001). Lei n. 10216, de 05 de abril de 2001. *Diário Oficial da União, Brasília*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Burstow, B., LeFrançois, B. A., Menzies, R., & Reaume, G. (2013). Glossary of Terms. In B. A. Lefrançois, R. Menzies, & G. Reaume (Eds.). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. (pp. 334-340). Canadian Scholars' Press.

Burts, C. (2011). *Felicia Felix-Mentor Of Haiti*. [Fotografia]. Flickr. https://www.flickr.com/photos/cc210/5705656505.

Canguilhem, G. (2019). *O normal e o patológico*. (7. Ed). Forense Universitária.

Castro, R. (2012). Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. *R@U*, 4(1), 146-175. https://doi.org/10.52426/rau.v4i1.68

Castro, R., Engel, C., Azize, R. L. (2023). Apresentação do Dossiê: Antropologias a partir dos medicamentos: coproduções, políticas e agenciamentos contemporâneos. *Ilha*, 25(1), 7-20. https://doi.org/10.52426/RAU.V4I1.66

Deleuze, G. (2005). *Derrames entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Catus.

Franco, T. M. (2025). *"Pessoas de linha": etnografia da experiência anormal*. [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Pantheon UFRJ. https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/28902

Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva.

Hatch, A. R., & Bradley, K. (2016). Prisons Matter: Psychotropics and the Trope of Silence in Technocorrections. In Pitts-Taylor, V. *Mattering: Feminism, Science, and Materialism.* (pp. 224-241). NYU Press.

Heyes, C. J. (2020). A*naesthetics of Existence: Essays on Experience at the Edge*. Duke University Press.

Hurston, Z. N. (2009). *Tell My Horse: Voodoo and Life in Haiti and Jamaica*. Harper Collins.

Jenkins, J. H. (2010). Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment. In J. H. Jenkins (Ed.), *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. (pp. 17-40). School for Advanced Research Press.

Leon, J. de; Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, Amesterdã, 76(2-3), 135-157. https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2005.02.010

Magaldi, F. (2020). Nas tramas da poção mágica: psicofármacos e criatividade em

um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. *Revista de Antropologia*, 63(2), 1-23. http://dx.doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2020.171315

Mahmood, S. (2019). Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Etnográfica*, 23(1), 135-175. https://doi.org/10.4000/etnografica.6431

Mauss, M. (2013). *Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas*. Cosac Naify.

Mbembe, A. (2018). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. n-1 edições.

Monnerat, S. (2020). Contribuições etnográficas para o estudo da medicação psiquiátrica: reflexões sobre o (des)controle dos sintomas. *Teoria e Cultura*, 15(1). https://doi.org/10.34019/2318-101X.2020.v15.27146

Morgan, Ted. (17 de fevereiro de 1974). Waiting for justice—8th floor: homicides; 9th floor: addicts; 10th floor: suicidals. *The New York Times*. https://www.nytimes.com/1974/02/17/archives/entombed-the-psychiatrist-always-asked-how-do-you-feel-do-you-hear.html?smid=url-share

Muusse, C., Kroon, H., Mulder, C. L., & Pols, J. (2023). "Cuidando de uma crise": Cuidado e controle na saúde mental comunitária. *Novos Debates*, 9(1), 1-36. https://doi.org/10.48006/2358-0097/V9N1.E9110

Richardson, K. (2015). *An Anthropology of Robots and AI: Annihilation Anxiety and Machines*. Routledge.

Rondina, R. De C., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(6), 221-228. https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000600005

Rose, N. (2018). *Our Psychiatric Future: the politics of mental health*. Polity.

Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., & Koivisto, A.-M. (2006). Tabaquismo en la esquizofrenia a largo plazo. *European Psychiatry*, 13(8), 375-

379. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.07.008

Sands, S., & Ratey, J. J. The Concept of Noise. (1986). *Psychiatry*, 49(4), 290-297. https://doi.org/10.1080/00332747.1986.11024329

Simón, A. (2015). Ficha Técnica do Centro de Informação do Medicamento: Interacções entre tabaco e medicamentos. *Ordem dos Farmacêuticos* (ROF 114), 109-110. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/ft114_interaccoes_entre_tabaco_e_medicamentos_17382145725b042c29c2d27.pdf

Van Der Geest, S., & Whyte, S. R. (2011). O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura*, 14(2), 457-472. https://doi.org/10.5216/sec.v14i2.17624

Vargas, E. V. (2008). Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In B. C. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. Macrae, & H. Carneiro (Eds.), *Drogas e cultura: novas perspectivas*. (pp. 41-64). EDUFBA.

Wilson, W. (2023). Misturas e Cortes entre Drogas, Medicamentos e Corpos na Feitura "Eu". *Ilha*, 25(1), 134-158. https://doi.org/10.5007/2175-8034.2023.E85668